45e Année. — N° 30. Vendredi 29 Juillet 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies mentales : Gommes syphilitiques chez les paralytiques généraux, par MM. Ch. Vallon et P. le Wahl, 465. — **Thérapeutique chirurgicale** : Considérations sur le traitement rationnel des fractures et luxations à l'aide d'appareils entièrement perméables aux rayons Rœntgen, par le Dr Louis Mencière (de Reims), 466. — **Revue de la presse** : Élimination des microorganismes par la sécrétion lactée, par Basch et Weleminsky, 469. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 juillet* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Hypertrophie sénile et cancer de la prostate, 469. — Résection autoplastiques du rein pour parer à une rétention rénale partielle, 469. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 22 juillet* 1898. Présidence de M Sevestre. — Paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial; autopsie, 469. — Modifications de l'urine consécutives à l'absorption des sucres, 470. — Vésicules aberrantes du zona, 470. — De la valeur du signe de Kernig dans le diagnostic des méningites, 470. — Influence de la colique hépatique sur la glycosurie diabétique, 471. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 23 juillet* 1898. Présidence de M. Jullien, 471. — **Société française d'électrothérapie** : *Séance du 21 juillet* 1898. — Sur le traitement galvanique des vomissements et sur sa meilleure technique opératoire, 473. — **Société de chirurgie** : *Séance du 20 juillet* 1898. Présidence de M. P. Berger. — De la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes, 474. — Ostéomyélite de la tête de l'humérus avec décollement épiphysaire. Résection de la diaphyse. Grattage de la moelle. Guérison, 474. — *Séance du 27 juillet* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Opérations de Phelbs pour un pied bot paralytique, 474. — Suppurations pelviennes, 474. — Adéno-lymphocèle filarienne, 474. — Néphrotomie précoce dans les pyonéphroses, 475. — Corps étranger du rectum, 475. — Gastro-entérostomie, 475. — Pylorectomie, 475. — **Memento pratique** : Sur une forme de carie dentaire en surface consécutive à l'emploi d'une poudre dentifrice nuisible, par le Dr Gourc, 475. — **Variétés** : Le Bureau de Bienfaisance de Nancy en 1896, par le Dr Gustave Weil, 476. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu du XVe au XIXe siècle (*suite*), 466. — **Nouvelles**, 479. — **Bulletin bibliographique**, 480.

MALADIES MENTALES

Gommes syphilitiques chez les paralytiques généraux,

par MM.

Ch. Vallon, Médecin de l'Asile de Villejuif. et P. Le Wahl, Interne des Asiles de la Seine.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur les rapports de l'infection syphilitique avec le développement de la paralysie générale, lorsqu'on parcourt les travaux relatifs à cette importante question on est frappé de ce fait que les accidents syphilitiques en voie d'évolution n'ont été signalés que rarement chez les paralytiques généraux. A quelques jours d'intervalle seulement nous avons observé deux paralytiques généraux porteurs de gommes syphilitiques; aussi sommes-nous portés à penser que les accidents de cette nature ne sont pas aussi rares chez ces malades que semblerait le faire croire le petit nombre de cas publiés.

Voici ces deux observations :

Observation I. — Le nommé B..., âgé de 41 ans, a été arrêté sur la réquisition d'un cocher qu'il ne pouvait pas payer après avoir occupé sa voiture pendant plusieurs heures pour faire des courses injustifiées. M. Legras et M. Magnan qui l'ont examiné successivement l'ont déclaré tous les deux atteints de paralysie générale. Il présente en effet le tableau symptomatique de la méningo-encéphalite à forme démente : comme symptômes psychiques, de l'affaiblissement intellectuel, de l'apathie; comme signes physiques, de l'hésitation de la parole, de l'inégalité pupillaire (la pupille gauche étant la plus large), de l'exagération des réflexes patellaires, du tremblement de la langue (mouvements ataxiques et vermiculaires).

Des antécédents de B..., nous ne savons qu'une chose, c'est qu'il buvait un peu. Nous ne sommes pas mieux renseignés sur le début de la maladie.

Peu de jours après l'entrée, B... est pris d'agitation, il s'affaiblit assez vite et bientôt devient gâteux.

A la visite du matin, le 11 mars 1898, l'infirmier de service attire notre attention sur une plaie située à la face interne du tibia droit; cette plaie dont les bords sont ulcérés, taillés à pic, est profonde, atteint l'os et présente 0 m. 04 de long sur 0 m. 03 de large; elle laisse échapper un pus sanieux brunâtre peu abondant. Nous portons le diagnostic d'ostéite syphilitique et nous soumettons le malade à un traitement intensif. Pansement local à l'emplâtre de Vigo, frictions d'onguent napolitain tous les deux jours. Iodure de potassium d'abord à la dose quotidienne de 4 grammes, puis progressivement à la dose de 8 grammes, enfin à la dose de 8 grammes, depuis le moment où l'amélioration se dessine jusqu'à la guérison complète.

Sous l'influence de ce traitement, la cicatrisation se fait assez vite; la plaie n'a plus que 23 millimètres sur 18 le 19 mars, 15 sur 15 le 4 avril, 10 sur 8 le 13 avril, et à la fin d'avril la plaie est complètement fermée. La cicatrice est pigmentée brunâtre. Malgré ce traitement intensif, l'état général est resté le même, le malade est toujours au lit, gâteux, présentant les mêmes troubles somatiques et les mêmes troubles psychiques, il est seulement un peu amaigri.

Observation II. — Le nommé E... 38 ans, serrurier, est entré à l'asile de Villejuif le 3 août 1896. Nous ne connaissons pas ses antécédents personnels, mais nous savons qu'une lourde hérédité pathologique pèse sur lui. Sa mère, très âgée, il est vrai, est depuis plusieurs années à l'asile de Villejuif pour démence sénile. Envoyée à la Colonie de Dun-

sur-Auron (Cher) elle n'a pu y rester, étant trop faible on a dû la ramener à Villejuif où elle ne quitte plus le lit. Une sœur de notre malade est atteinte de débilité mentale avec idées hypochondriaques et de plus excitation et violences par intervalles ; placée à l'asile de Villejuif en 1888 elle a été transférée dans un asile de province où elle est encore.

Ces faits prouvent, soit dit en passant, que la paralysie générale, loin d'occuper une place à part dans le cadre nosologique comme on l'a prétendu, est, au contraire, en rapports intimes avec les autres maladies mentales.

E. est atteint de paralysie générale à forme démente arrivée à la période de gâtisme ; il ne peut plus se tenir sur ses jambes, il faut le laisser au lit ; il a cependant conservé un certain embonpoint.

A la visite du 18 mars 1898, nous trouvons à la partie supérieure de la cuisse gauche, en arrière, une ulcération rougeâtre à bords à pic comme taillés à l'emporte-pièce, saignant facilement et recouverte d'une petite quantité de pus. Cette ulcération nous paraît être une lésion syphilitique tertiaire et nous instituons un traitement approprié. Iodure de potassium à dose progressive jusqu'à 6 gr. ; emplâtre de Vigo sur la plaie ; frictions à l'onguent napolitain tous les deux jours.

La plaie qui avait 30 millimètres sur 20 le 18 mars n'en avait plus que 25 × 20 le 29 mars, 20 × 18 le 4 avril, 12 × 10 le 13 avril et avait complètement disparu le 20 avril, laissant à sa place une cicatrice blanchâtre.

L'état général ne s'est en rien modifié.

Comme on le voit dans nos deux observations, le traitement anti-syphilitique qui a amené rapidement la guérison des gommes n'a eu aucune influence sur l'évolution de la paralysie générale. C'est un fait de connaissance vulgaire que le traitement iodo-mercuriel très utile aux malades atteints de lésions syphilitique en foyer (même de lésions cérébrales) ne peut rien sur les malades affectés de lésions diffuses comme celles de la paralysie générale. Nos observations montrent, et c'était bien à prévoir, que cette différence d'action du traitement anti-syphilitique sur les deux ordres de lésions est la même alors que les lésions à foyer et les lésions diffuses évoluent sur le même individu.

Le fait que le traitement anti-syphilitique est impuissant contre les lésions de la paralysie générale n'est nullement à nos yeux une preuve de la nature non syphilitique de ces lésions ; nous pensons au contraire que la paralysie générale est le plus souvent d'origine syphilitique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Considérations sur le traitement rationnel des fractures et luxations à l'aide d'appareils entièrement perméables aux rayons Rœntgen (1).

Par le Dr Louis Mencière (de Reims).

Je désire soumettre à l'Académie plusieurs des résultats auxquels je suis arrivé au cours de mes recherches sur les différentes substances entièrement perméables aux rayons Rœntgen, à l'aide desquels on peut confectionner des appareils de contention pour les fractures ou pour les différentes pièces du squelette.

Je rappellerai d'abord que, dans un article récent paru dans le *Bulletin Médical* (2), j'ai insisté sur la nécessité de vérifier la réduction des fragments après l'application des appareils à fracture. Pour avoir la

(1) Séance de l'Académie de Médecine, 26 juillet 1898.
(2) *Bulletin Médical* du 6 juillet 1898.

FEUILLETON

Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle.

(*Suite*) (1).

Le 12 janvier 1678, Alain Lamy (2), Pierre Lombard (3) et Pierre Ozon (4), furent nommés directement médecins ordinaires de l'Hôtel-Dieu. Les médecins furent alors au nombre de sept. C'étaient :

De Bourges, Jacques, successeur de Desarte ; Garbe, Jean ; Moreau, Jean-Baptiste, fils ; Mattot, Paul, successeur de Perreau ; Lamy ; Lombard ; Ozon.

De 1684 à 1687, il y eut six médecins ordinaires et deux expectants. On ajouta un troisième expectant.

Il y avait alors douze salles à l'Hôtel-Dieu, qui portaient les noms de saints ou de saintes. C'étaient les salles Saint-Denis et Saint-Thomas, pour les hommes, — Saint-Côme, pour les blessés, — Saint-Jean, pour les malades, — Saint-Lazare, pour les varioleux, — Saint-Augustin, pour les femmes, — Sainte-Geneviève pour les varioleuses, — Sainte-Marthe ou du Légat, pour les femmes ; ainsi nommée parce qu'elle avait été fondée par Antoine Du Prat, chancelier de France et Légat du pape Clément VII, — Saints-Martyrs, pour les taillés, — Saints-Innocents, — Nativité, pour les accouchées, — Saint-Rosaire.

Actuellement (1898) il y a vingt-sept salles à l'Hôtel-Dieu, savoir dix-sept salles de médecine, sept salles de chirurgie et trois salles de maternités. Le service est confié à six médecins, trois chirurgiens et un accoucheur.

Les noms de saints sont conservés pour les salles, à l'exception des deux salles de femmes accouchées qui portent les noms de Beaudeloque et Mauriceau.

Puisqu'on a conservé aux salles des noms de saints et de saintes, nous nous demandons pourquoi Saint Luc ne figure pas parmi ces noms. Saint-Luc est un des nôtres, d'après les hagiographes : il est le patron de notre confrérie, comme Saint Côme est celui des chirurgiens et Saint Nicolas celui des apothicaires. Sa fête, qui tombe le 18 octobre, était jadis célébrée en grande pompe à la Faculté.

Quelles que soient l'opinion et la religion qu'on professe, on ne peut se défendre d'un sentiment de respect pour ces vieilles coutumes. Certes, nous sommes loin de demander

(1) Voir *France médicale*, nos 23 et 28.
(2) Docteur le 13 janvier 1655, décédé le 7 juillet 1682.
(3) Docteur le 17 août 1667, décédé le 12 septembre 1699.
(4) Docteur le 24 janvier 1673, décédé le 14 octobre 1684.

certitude absolue d'une bonne réduction, il est en effet désirable de pouvoir s'en assurer systématiquement, l'appareil étant posé et les fragments ne pouvant plus se déplacer.

Cette vérification est-elle réellement utile ?

La question sera tranchée pour ceux qui, suivant la consultation orthopédique de l'Hôtel-Dieu de Paris, ont pu examiner un certain nombre de résultats éloignés de fractures traitées soit en ville, soit dans les hôpitaux.

J'ai eu l'occasion, comme bien d'autres, de remarquer combien les clichés perdaient de leur netteté lorsqu'on prenait une radiographie sous un appareil plâtré quelque peu épais. D'autre part, l'examen rapide par l'écran fluoroscopique, dans ces conditions, ne donne pas une image précise.

Il était donc rationnel de rechercher des appareils nous permettant d'obtenir facilement des clichés reproduisant d'utiles détails. Je sais bien que, s'il s'agit d'une fracture avec de grands déplacements, on obtiendra des clichés, qui présenteront plus ou moins de netteté, pourvu que les appareils plâtrés soient peu épais, ce qui diminuera d'autant leur solidité.

Mais la radiographie a sa raison d'être, justement pour les cas douteux, pour les fractures à petits déplacements, pour celles ou il n'existe qu'un trait de fracture parfois même sans déplacement.

C'est précisement dans ces conditions que nous nous trouverons après la réduction d'une fracture et c'est à pouvoir noter ces détails que tendent nos recherches. De plus, lorsqu'il s'agira de suivre l'évolution du cal, c'est-à-dire de constater, d'après la plus ou moins grande opacité de l'image, s'il contient ou non des sels calcaires, nous aurons des causes d'erreurs en interposant entre l'ampoule et la plaque précisément des sels calcaires (*plâtre*), dont nous voulons constater la présence ou l'absence dans le cal.

Enfin les appareils plâtrés ont encore un inconvénient qui me paraît capital. L'épaisseur du plâtre n'étant pas partout uniforme, les épreuves sont tachées, marbrées, pour ainsi dire, de sorte qu'une de ces taches venant à se produire entre les deux fragments peut masquer parfaitement le trait de fracture.

J'ai fait une série d'expériences, qui m'ont amené aux conclusions suivantes, dont une partie a déjà été publiée dans le *Bulletin médical* du 6 juillet 1898.

Si l'on prend soit de la gutta-percha, d'une épaisseur de 6 millimètres, soit des feuilles de feutre poroplastique, dit feutre anglais, d'une épaisseur de 6 millimètres également, on voit que ces différentes substances sont traversables à l'égal des parties molles de la main placées à côté sur l'écran.

Quant aux épreuves radiographiques, elles sont d'une netteté absolue malgré deux épaisseurs de gutta-percha (12 millimètres) ou de feutre poroplastique (12 millimètres également).

Le feutre poroplastique me paraît de beaucoup préférable à la gutta-percha, car il permet de confectionner des appareils d'une solidité remarquable.

Il ne faut pas employer le feutre dont se servent habituellement les orthopédistes pour la confection des corsets. Celui-là ne présente, en général, que 3 ou 4 millimètres d'épaisseur et ne permet pas d'obtenir des appareils suffisamment solides. Il pourra néanmoins rendre des services chez l'enfant. Le feutre dont nous nous servons nous permet d'obtenir des appareils d'une grande solidité qui égale celle du plâtre et peut

---

ce recul ; mais l'Administration des hôpitaux aurait dû ne pas oublier Saint Luc, pas plus qu'elle n'a oublié Saint Côme. Si jadis, dans notre vieille Faculté, Saint-Luc a enfoncé Saint Côme (1), ce dernier a pris sa revanche. Il a sa salle à l'Hôtel-Dieu : Saint Luc est oublié.

Le 30 décembre 1689, la Compagnie a arrêté qu'à partir 1er janvier 1690, le nombre des médecins ordinaires serait réduit à cinq. Il fallait faire des économies. Les honoraires des médecins furent réduits à 400 livres. Quant aux médecins, il fut décidé que les deux derniers nommés, Garbe jeune et Emmerez se retireraient et reprendraient leurs places dès que des vacances se produiraient. Afforty et Doye, qui avaient la promesse du Bureau, viendraient après Garbe jeune et Emmerez, qui avaient été nommés expectants.

En 1690, Garbe était démissionnaire ; Lamy, Ozon étaient morts. Les médecins de l'Hôtel-Dieu étaient alors :

Mattot ;
Moreau, J.-B. René ;
Morin (2), Nicolas, qui avait remplacé Lamy, en 1682 ;
Enguehard (1), André, qui avaitremplacé Ozon, en 1684 ;
Garbe (2), Jean-Michel, fils.

A cause du grand nombre de malades, de l'insuffisance du nombre de médecins Emmerez (3), Guy-Erasme, s'était offert pour visiter gratuitement les malades de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis, en cas d'absence ou de maladie du médecin. Son offre avait été acceptée, et la Compagnie lui avait promis la première place vacante. Ce n'est que le 12 janvier 1697 qu'il fut nommé médecin ordinaire en remplacement de Moreau qui se retira à Fontainebleau, et ses honoraires furent fixés à 400 livres.

En 1697, les médecins ordinaires de l'Hôtel-Dieu étaient :

Morin ;
Enguehard ;
Marteau (4), Charles ;
Afforty (5), François ;
Emmerez, Guy.

(1) Pour la querelle des médecins et des chirurgiens, voir Corlieu, l'Ancienne Faculté de médecine, p. 175 et suiv.

(2) Docteur le 9 janvier 1657, décédé le 18 juillet 1699.

(1) Docteur le 4 novembre 1678, décédé le 1er février 1710.

(2) Docteur le 14 septembre 1684, décédé le 24 avril 1694.

(3) Docteur le 14 janvier 1683, décédé le 29 octobre 1729, élu doyen de 1721 à 1723.

(4) Docteur le 15 octobre 1665, décédé le 26 mars 1704.

(5) Docteur le 7 février 1675, décédé le 28 mars 1735, élu doyen de 1708 à 1710.

même la surpasser. Ce feutre mesure 6 millimètres; nous insistons, il est très épais.

Malgré son épaisseur, qui paraît excessive, ce feutre est extrêmement malléable, il suffit de l'exposer pendant quatre ou cinq minutes au-dessus de la vapeur d'eau bouillante. Il est inutile de le plonger dans l'eau, ce qui pourrait lui faire perdre de sa solidité. On peut le mouler sur le membre à l'aide d'une bande de toile ordinaire; quatre ou cinq minutes suffisent pour assurer à l'appareil une grande solidité.

J'ai également essayé d'utiliser le celluloïd. Voici les conclusions auxquelles m'ont conduit mes expériences :

Le celluloïd est traversable aux rayons X comme la gutta-percha ou le feutre poroplastique.

Il peut être travaillé soit par l'alcool soit par l'acétone, mais en se plaçant dans des conditions particulières, qui sont impraticables pour le praticien; aussi ne parlerons-nous pas de ces procédés.

Il reste l'eau bouillante. A la rigueur en plongeant pendant trois ou quatre minutes, dans l'eau portée à l'ébullition, une lame de celluloïd de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, on arrive à la rendre malléable; mais l'eau, j'insiste, doit être bouillante, premier inconvénient, car on risque de brûler le malade, et de plus, comme le celluloïd se durcit presque aussitôt après sa sortie de l'eau bouillante, le moulage doit être pratiqué avec une très grande rapidité, ce qui constitue un second et fâcheux inconvénient.

Mais le reproche le plus sérieux qu'on puisse faire aux appareils en celluloïd quels qu'ils soient, et qui pour mon compte personnel m'empêchera toujours de suivre la pratique des chirurgiens allemands pour la confection des appareils orthopédiques, c'est l'extrême inflammabilité du celluloïd.

Le celluloïd est donc très inflammable; il se décompose vers 140° en dégageant des gaz toxiques. Sans entrer dans les détails, on sait que cette substance n'est autre qu'une application de fulmicoton ou pyroxyle A mon sens, elle a conservé une tare héréditaire qui doit la faire rejeter. Nous connaissons tous les dangers de ces nombreux objets en celluloïd qui servent de jouets aux enfants. Une bougie, une allumette suffisent à enflammer cette substance qui, détail important, ne tarde pas à brûler en masse avec de hautes flammes fuligineuses, impossibles à éteindre et rappelant les flammes produites par un paquet d'étoupe enduit de pétrole. Un corset, ou une gouttière quelconque devient donc un danger imminent qu'on ne saurait trop signaler.

Je conclus donc :

1° La gutta-percha, le celluloïd, le feutre poroplastique même très épais, sont entièrement perméables aux rayons Rœntgen et permettent d'obtenir des clichés d'une netteté remarquable sans marbrure, sans tache pouvant causer des erreurs.

2° Le feutre poroplastique de 6 millimètres d'épaisseur me paraît devoir être préféré ; en effet, il est exempt d'inconvénients, et il permet d'obtenir des appareils très légers, qui peuvent être substitués aux appareils plâtrés ou aux gouttières métalliques, et conviennent au traitement des traumatismes du coude, du bras, de la cuisse, de la jambe, etc. En somme on pourra l'employer dans les cas où l'on voudra maintenir les différentes pièces du squelette et en suivre la consolidation par la radiographie.

En résumé, les appareils confectionnés avec le feutre poroplastique, outre qu'ils sont remarquables par leur légèreté, permettent :

1° De vérifier la réduction parfaite des fragments.

2° D'obtenir cette réduction sous l'écran, c'est-à-dire sous l'œil de l'opérateur lorsque l'appareil est encore malléable ; on peut le laisser durcir en le maintenant devant l'écran, ce qui assure une réduction rigoureuse.

3° De surveiller la coaptation des fragments et leur consolidation en bonne position. Une radiographie prise à intervalle, ou un examen radioscopique nous fixera complètement à ce sujet.

4° De suivre l'évolution du cal sans avoir besoin d'enlever l'appareil.

A l'appui des conclusions que je viens de donner, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie un moule fait avec du feutre poroplastique très épais, de 6 millimètres au moins.

Je présente également deux radiographies, que j'ai obtenues avec le concours de mon ami Vaillant.

Ces radiographies ont été faites chacune en 12 secondes.

Sur le premier cliché, d'une netteté remarquable,

Le nombre des malades de l'Hôtel-Dieu était considérable. En 1694, les vivres étaient excessivement chers et les malades affluaient tellement à l'Hôtel-Dieu qu'au mois de janvier on a compté jusqu'à 3.867 malades, présents pour une seule journée. En février le nombre a varié entre 3.266 et 3.985. C'est alors qu'on décida de porter et de vendre l'argenterie à la Monnaie : il y en avait pour 2.725 livres. On fut obligé de réduire la quantité de vivres qu'on donnait aux malades. Il fut résolu qu'on « donnerait aux deux tiers « des malades à chacun trois quarterons de pain et soixante « livres de viande pour chaque centaine de malades, et à « l'autre tiers des malades une demi-livre de pain et trois « œufs ».

C'est pour récompenser Emmerez de son dévouement qu'il fut nommé médecin ordinaire de l'Hôtel-Dieu, après dix ans de service bénévole et gratuit !

Pendant les six premiers mois de l'année 1694, il est entré à l'Hôtel-Dieu 11.696 malades, savoir : en janvier, 2213; février, 1.820; mars, 1.943; avril, 1.774; mai, 2.226; juin, 1.720.

On ne s'étonnera pas de constater une mortalité considérable avec un tel encombrement et un manque absolu d'hygiène. On mit jusqu'à huit malades dans le même lit.

Le XVIIIe siècle verra les mêmes errements.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

vous pouvez voir que le feutre poroplastique, malgré deux épaisseurs (en tout 12 millimètres), est traversé à l'égal des parties molles des doigts au niveau des deux dernières phalanges. Il est bien mieux traversé que les parties molles de l'avant-bras, qui présentent sur l'épreuve, une teinte beaucoup plus foncée.

Le feutre poroplastique donne une ombre à peine marquée, uniforme, sans marbrure, ni tache.

Le second cliché est pris sous un appareil plâtré après une pose de 12 secondes également. Il est marbré, taché, et manque absolument de netteté. Par places, le plâtre paraît aussi foncé que les os eux-mêmes ; et il est à remarquer que les taches auxquelles il donne lieu peuvent masquer un détail, un trait de fracture.

Pour avoir une idée exacte de la différence de perméabilité des deux substances, il suffit de considérer, sur les deux clichés, les portions d'appareil situées en dehors des parties molles.

Dans un cas, vous voyez une ombre uniforme à peine teintée, ne masquant par conséquent aucun détail ; dans l'autre, on aperçoit des taches et des marbrures qui peuvent aller jusqu'à prendre la teinte des os eux-mêmes.

REVUE DE LA PRESSE

Elimination des microorganismes par la sécrétion lactée, par Basch et Weleminsky (*Berlin. Klin. Woch.*, 45, 37). — On admet généralement aujourd'hui que tous les germes qui circulent dans le sang peuvent passer dans la sécrétion lactée. Basenan en 1895 fit des expériences sur des cobayes, sur une chèvre et une vache ; il en conclut que la glande mammaire ne sert pas à éliminer les germes qui circulent dans le sang, mais que cependant dans les cas de maladie grave ou longue, les microorganismes peuvent passer dans le lait par suite d'une dégénérescence des parois vasculaires. Basch et Veleminsky ont répété ces expériences avec différents microorganismes pathogènes et sont arrivés aux résultats suivants :

Les germes infectieux qui sont éliminés avec le lait ne le sont que parce qu'ils se trouvent mécaniquement mélangés au lait, à la suite d'hémorrhagies ou de maladies locales de la glande mammaire. Dans beaucoup de maladies même dans les processus septicémiques dans lesquels le sang est envahi par les germes, le lait reste stérile jusqu'à la mort et reste tel même après la mort. Quant à la transmission d'une maladie par le lait d'un animal malade, la question doit être cherchée et résolue pour chaque maladie infectieuse et même pour chaque espèce de mammifère.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Albespy, de Rodez, qui adresse une note sur un cas d'intégrité absolue de l'hymen chez une femme enceinte ; 2° une lettre de M. le Dr Rousseau, de Vouziers, qui adresse une note sur la tuberculose au point de vue de la contagion dans l'arrondissement de Vouziers ; 3° une lettre de M. le Dr Foveau de Courmelles sur un cas d'agoraphobie amélioré par plusieurs ascensions en ballon.

Hypertrophie sénile et cancer de la prostate. — M. A. Guépin. L'hypertrophie sénile arrivée au deuxième stade, anatomo-pathologique, des accidents, évolue — quand elle progresse — soit vers la sclérose périglandulaire totale (véritable cicatrisation), soit vers la prolifération épithéliale des culs-de-sac, c'est-à-dire, vers le cancer.

Le *cancer glandulaire* (Reliquet et Guépin, 1895), forme la plus fréquente des néoplasmes prostatiques de l'adulte et du vieillard, débute et évolue dans les glandes ; sa symptomatologie se rapporte aux troubles sécrétoires et excrétoires des appareils glandulaires intéressés.

Il est une complication de l'hypertrophie sénile ; d'où raison nouvelle d'avoir recours, quand il est possible, au traitement curatif de cette affection.

M. Narich lit un travail intitulé : *Diagnostic et pronostic de l'hydrocéphalie fœtale dans les cas où la tête reste dernière.*

M. Hervieu commence la lecture d'un rapport sur la variolisation et la vaccine dans les colonies.

Résection autoplastique du rein pour parer à une rétention rénale partielle. — M. Albarran présente un malade qu'il a guéri d'une fistule rénale ; mais qui restait atteinte de rétention rénale partielle ; il pratique une autre opération par la voie lombaire et place d'abord une sonde dans l'intérieur de l'uretère. L'uretère s'insérait au milieu de la poche de rétention rénale. La partie déclive de cette poche contenait 250 à 300 grammes. Il incisa l'éperon formé par l'uretère et la poche et sectionna l'uretère au bassinet, puis il réséqua l'extrémité inférieure se trouvant au-dessous de l'abouchement qu'il venait de former. L'opération a été faite il y a trois mois, la malade va tout à fait bien. Cette opération montre que le cathétérisme urétéral a une très grande utilité comme diagnostic ; de plus cette observation montre l'utilité de la résection partielle du rein.

A 4 heures 10 minutes la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial ; autopsie. — M Apert. Je présente à la Société des pièces provenant de l'autopsie d'un homme atteint depuis l'enfance d'une impotence presque absolue du bras droit. Cette impotence remontait à l'âge de quatre ans et demi ; l'enfant fut alors écrasé par une lourde voiture, et si gravement traumatisé qu'il resta trois ans au lit ; depuis lors, son bras resta immobilisé en demi-flexion ; et la musculature de ce bras s'atrophia presque complètement ; le malade

ne pouvait aucunement s'en servir; comptable de son métier, il écrivait avec la main gauche.

En 1885, ce malade fut présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. Féréol. A ce moment, l'état du bras était déjà celui dans lequel nous l'avons retrouvé treize ans après : atrophie absolue des muscles de la main et de l'avant-bras, à l'exception du long supinateur et des radiaux; atrophie du triceps huméral, du grand pectoral, du grand dorsal, conservation du deltoïde, des muscles scapulaires et du biceps. En un mot, atrophie musculaire du type Klumpke. Pour compléter ce type et rendre indiscutable le diagnostic, on notait les troubles oculaires décrits par Mme Déjerine Klumpke (myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, diminution du réflexe pupillaire). Il s'agissait donc indubitablement d'une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial.

Au mois de mars dernier, ce malade, âgé alors de 37 ans, est venu mourir de tuberculose pulmonaire dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu : 33 ans s'étaient donc écoulés entre le traumatisme et l'autopsie.

A l'autopsie, tous les muscles du bras, à l'exception des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur et radiaux, sont complétement dégénérés et transformés en tissu fibroïde où le microscope ne révèle plus trace de striation. Les nerfs paraissent sains à l'examen macroscopique; mais sur des dissociations et des coupes, on note dans les deux branches inférieures du plexus brachial et dans les nerfs qui en naissent, une dégénérescence complète des tubes nerveux; on n'y voit plus guère que des gaines vides.

Dans la moelle, on note les altérations suivantes : au-dessous de la 1re racine dorsale, rien de particulier; au niveau de la 1re dorsale et de la 8e cervicale, diminution de la saillie de la corne antérieure droite; grande raréfaction des cellules dans cette corne; au niveau de la 7e cervicale, disparition absolue des cellules étoilées de la corne antérieure. Au-dessus de ce niveau la structure redevient normale. Nulle part il n'y a de sclérose, ni de processus inflammatoire. La substance blanche n'a aucune lésion, non plus que le bulbe et la protubérance.

Dans l'hémisphère cérébral gauche, la circonvolution frontale ascendante est considérablement diminuée de largeur et de hauteur au niveau de l'union de ses 2/3 supérieurs avec son 1/3 inférieur. Elle mesure en largeur 7 millimètres au lieu de 14 du côté opposé. Sa hauteur est moitié moindre en ce point que sur le reste de son trajet. L'examen histologique de la portion ainsi diminuée de volume ne montre aucune lésion inflammatoire ou dégénérative. Il s'agit d'atrophie simple.

En résumé, lésion traumatique des racines inférieures du plexus brachial, ayant entraîné : *a*) au-delà du trauma, la dégénérescence wallérienne des branches inférieures de ce plexus et celle des nerfs et des muscles correspondants; *b*) en deçà du trauma, une atrophie simple des centres correspondants de la moelle et du cerveau, sans aucune lésion inflammatoire ni dégénérative. Cette atrophie ne peut être considérée comme une dégénérescence ascendante; c'est simplement une atrophie par manque de fonctionnement de l'organe, selon la loi biologique bien connue; cette atrophie a été favorisée dans le cas précédent par le jeune âge auquel la lésion est survenue (4 ans 1/2), et par la longue durée du temps écoulé depuis (33 ans).

Modifications de l'urine consécutives à l'absorption des sucres. — MM. Ch. Achard et Weil. L'absorption des sucres provoque très fréquemment la polyurie. Ce fait a été établi expérimentalement au moyen d'injections intra-veineuses (Ch. Richet et R. Moutard-Martin) et l'on a utilisé comme diurétiques le lactose (G. Sée) et le glycose (Dujardin-Beaumetz). Les autres sucres possèdent cette même propriété. Cependant la polyurie n'est pas absolument constante après l'absorption des divers sucres; ce sont des médicaments infidèles.

Nous avons observé l'effet diurétique en faisant ingérer de 100 à 150 grammes de saccharose, de sucre interverti, de glycose, de lactose. En lavement, le saccharose nous a donné le même résultat, à la condition que le lavement fût gardé au moins une 1/2 heure. L'injection sous-cutanée de divers sucres nous a paru produire plus facilement la polyurie que l'introduction dans le tube digestif. Avec des quantités très faibles, 1 gr. 50 de saccharose, par exemple, c'est-à-dire à peine le cinquième d'un morceau de sucre ordinaire introduit sous la peau, nous avons encore obtenu un accroissement appréciable de l'urine. Chez des malades oliguriques, nous avons pu ainsi relever le taux des urines, en sorte qu'on pourrait utiliser, comme adjuvant de la médication diurétique, les injections sous-cutanées de solutions sucrées stérilisées. Parallèlement à la polyurie, on observe souvent l'azoturie et l'augmentation des autres éléments constituants de l'urine. Mais ce fait n'est pas constant.

Des éléments anormaux peuvent apparaître dans l'urine sous l'influence des sucres; sans parler du passage possible de ces sucres dans l'urine et du phénomène de la glycosurie alimentaire, on peut encore observer, lorsque le sucre est absorbé à dose massive par le tube digestif, de l'urobilinurie et de l'indicanurie. Il s'agit là de phénomènes transitoires, dus vraisemblablement à une sorte de surmenage momentané du foie, traversé par une dose trop considérable de sucre. D'ailleurs, l'urobilinurie, en pareil cas, survient surtout chez des sujets qui en avaient eu déjà antérieurement en raison de leur maladie. De plus, le passage de ces matières colorantes dans l'urine s'observe le plus souvent chez des malades présentant le symptôme de la glycosurie alimentaire.

Vésicules aberrantes du zona. — MM. Jeanselme et Leredde. La plupart des auteurs admettent, comme caractère essentiel au zona, la délimitation rigoureuse de l'éruption à un territoire nerveux déterminé. Ceci n'est pas absolument exact, ainsi que l'a déjà démontré M. Tenneson. On peut souvent observer en même temps que l'éruption principale, d'autres vésicules disséminées sur le reste du corps et absolument contemporaines de celle-ci. Nous venons d'observer trois cas de vésicules aberrantes dans le zona. Chez deux de nos malades nous avons constaté des adénopathies et de l'albuminurie.

M Le Gendre. Je viens d'observer un cas de zona intercostal avec vésicules aberrantes sur la région fessière. Ce cas vient donc confirmer l'observation de M. Jeanselme.

De la valeur du signe de Kernig dans le diagnostic des méningites. M. Netter. Un médecin de Saint-Pétersbourg, M. Kernig, indiqua, en 1882, un signe très précieux pour le diagnostic des méningites, mais qui resta inaperçu pour le plus grand nombre des médecins. Voici quel est ce signe : dans la méningite, l'enfant étant couché, on peut facilement mettre les membres inférieurs en extension complète; mais, au contraire, l'enfant étant assis, il

se produit une légère flexion de la jambe sur la cuisse, et l'extension complète ne peut plus être obtenue ; vient-on à coucher complètement l'enfant, l'extension peut à nouveau être produite.

Ce signe, dont la pathogénie est encore inconnue, a une valeur pathognomonique considérable, puisque nous l'avons constaté 41 fois sur 46 ; il n'existe pas en dehors de la méningite. Sa constatation permet donc d'affirmer la méningite quand les symptômes de celle-ci ne sont pas tous présents.

Les deux cas suivants semblent démonstratifs en faveur de cette opinion.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fièvre typhoïde avec existence du signe de Kernig ; or, à l'autopsie, nous pûmes constater qu'il existait du pus dans les méninges.

Dans le deuxième cas, il y avait des symptômes peu prononcés de méningite, mais existence bien nette du signe de Kernig ; une ponction lombaire resta négative, mais il apparut bientôt, au point où avait été faite la ponction, un abcès contenant le méningocoque. Ce microbe était venu des méninges et avait passé par le trajet de la ponction, il il y avait donc bien eu méningite.

Le signe de Kernig appartient à toutes les variétés de méningite, aussi bien à la méningite tuberculeuse qu'à la méningite cérébro-spinale. Kernig, en 1882, l'a signalé également dans les méninges chroniques.

Influence de la colique hépatique sur la glycosurie diabétique. — MM. A. Gilbert et Emile Weil rapportent les observations de deux femmes atteintes à la fois de diabète et de lithiase biliaire. L'une d'elles avait une élimination fixe et élevée de sucre lorsque survint une très courte crise de colique hépatique. Le sucre disparut presque des urines pour reprendre son taux habituel au bout de deux jours. Il en fut ainsi à deux reprises. La seconde entra à l'hôpital au cours d'une crise qui se prolongea peu intense, mais continue, pendant huit jours. Dans toute cette période, on ne constata dans les urines qu'un chiffre faible de sucre, tandis que, la colique terminée, la glycosurie se manifesta avec une intensité plus considérable.

Il semble donc que l'attaque de coliques hépatiques ait une action inhibitrice sur les centres hépato-pancréatiques, qui tiennent sous leur dépendance la glycosurie. Cette action est à rapprocher des phénomènes réflexes, si nombreux et parfois contradictoires, produits par la crise lithiasique. On sait, en effet, que l'on a fréquemment, dans son cours, signalé, outre la polyurie, une glycosurie passagère.

M. Rendu. Les excitations psychiques, douloureuses et autres, produisent certainement une modification dans les sécrétions, et bien souvent elles déterminent l'apparition du sucre dans les urines. Je pourrais, à l'appui de cette thèse, rapporter l'observation suivante : un vieillard de 77 ans, atteint d'une lésion grave du genou, non diabétique, fut vivement ému quand je lui laissai entrevoir qu'une amputation pourrait devenir inévitable : or, sous l'influence de cette émotion, 82 grammes de sucre par litre apparurent dans les urines. L'opération ayant été remise, le sucre diminua aussitôt, pour réapparaître quand on reparla d'opération. Cet homme était un glycosurique et non un diabétique, car il n'y avait pas trace chez lui de phénomènes diabétiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juillet 1898. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Brochure de M. le Dr Dimitropol, de Bucarest, intitulée : *Nature intime de la phtisie pulmonaire.* Ce travail sera soumis, pour examen, à M. Martha, qui l'analysera, s'il y a lieu. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Hugues, de Saïda, se plaignant de n'avoir pas reçu le bulletin annuel. M. l'Archiviste répond qu'il vient seulement de recevoir les fonds par la poste ; — 2° Télégramme de M. Sibut s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président nous transmet les remerciements de M. Richelot, très touché de la part que la Société a prise du malheur qui a frappé sa famille dans le naufrage de « La Bourgogne ». — M. Voisin fils, qu'il a vu également, remercie la Société de ce qu'elle a fait pour les obsèques de son regretté père.

M. Voisin, qui sera bientôt docteur en médecine, se propose de poser sa candidature au titulariat. — M. Ogilvie, que notre Président a vu à Londres, nous promet la lecture d'un travail important pour le mois d'octobre.

M. Guépin lit son rapport sur le travail de M. Dhomont, candidat au titulariat.

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de MM. de Crésantignes, Brossard et A. Guépin, rapporteur, j'ai l'honneur de vous donner lecture du rapport sur le travail de candidature au titulariat de M. le Dr Dhomont.

M. le Dr Dhomont vous a communiqué une observation ayant pour titre : *Appendicite compliquée de phlegmon iliaque ouvert dans la vessie. — Evacuation de pus et de gaz par l'urètre. — Guérison.* — Un enfant de 11 ans, d'une bonne santé habituelle, fut pris brusquement, le 1er décembre 1884, de phénomènes rapportés à une indigestion, qui inquiétèrent d'autant moins sa famille que ce jeune garçon avait toujours un très grand appétit et mangeait un peu gloutonnement. Cependant la fièvre apparaît ; et notre confrère, qui le voit le 4 décembre, trouve le pouls à 100, la langue blanche et, dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de la branche horizontale du pubis, une tuméfaction très douloureuse du volume d'un petit œuf de poule. L'idée d'une typhlite se présente immédiatement, dit-il (nous sommes en 1884) ; mais peut-être n'y a-t-il encore qu'un simple engouement de l'intestin ? Malgré une purgation qui provoque la sortie de matières dures, la douleur, le lendemain, est aussi vive ; la température 38°5. Le 6 décembre, à la suite d'une application locale de sangsues, la température tombe à 37° ; le pouls à 70. Mais, le 7 décembre, la température remonte à 38°, sans que l'état local se modifie ; nouvelle purgation, sulfate de quinine, cataplasmes sur l'abdomen.

Le 8 et le 9 décembre, céphalalgie, grande faiblesse ; la température le matin est de 38°5, le soir de 39°5. Le Dr J. Simon, appelé en consultation, conclut, comme notre confrère, à l'existence d'une périty phlite et approuve le traitement suivi.

Jusqu'au 15 décembre, l'état reste stationnaire. La tu-

meur conserve sa sensibilité, sa consistance ferme; elle n'augmente pas de volume. Le 16 décembre, à la suite d'un vésicatoire, le petit malade accuse des épreintes et de la cuisson en urinant, bien que le vésicatoire ne soit resté que très peu de temps en place et n'ait provoqué qu'une simple rubéfaction. Ce n'était d'ailleurs point de la cystite cantharidienne ; car, le 17 décembre, les douleurs vésicales augmentent d'intensité et l'enfant rend à plusieurs reprises une urine trouble, fortement chargée de pus, d'odeur infecte et rappelant celle des suppurations voisines de l'intestin.

En même temps, la jeune malade se plaint de faire du bruit en urinant. Et le Dr Dhomont constate qu'en effet, l'urine au début de la miction est claire ; puis, elle devient de plus en plus épaisse, enfin franchement purulente ; et, au moment où la vessie finit de se vider, il sort avec le pus des gaz qui produisent un bruit spécial et un petit bouillonnement.

Les garde-robes n'ont jamais contenu ni sang, ni pus, ni urine.

La fièvre tombe ; mais il y a toujours du pus dans l'urine et des gaz. L'odeur de cette urine est désagréable, moins fétide toutefois que les premiers jours. Le 1er janvier 1885, l'enfant se lève. A partir du 10 janvier, la pneumaturie devient intermittente. Le 26 janvier, l'urine est tout à fait claire et cependant de loin en loin jusqu'au 26, il y a encore émission de gaz par l'urètre.

Pendant plusieurs mois, l'induration siégeant au voisinage de la vessie reste perceptible. Mais tout rentra dans l'ordre ; et depuis, le petit malade devenu un homme, a fait son service militaire dans de bonnes conditions.

Notre confrère, surtout frappé par la pneumaturie, pense que les gaz qui sortaient de l'urètre, à la fin de la miction, venaient de la cavité intestinale et passaient par une perforation de l'appendice jusque dans la poche purulente ouverte elle-même dans la vessie. Il nous signale encore la rareté des faits analogues au sien : deux observations seulement, l'une de M. Crouzat, l'autre de M. Jalaguier, peuvent en être rapprochées. Enfin il termine par quelques considérations générales sur la typhlite et l'appendicite, et il nous montre comment l'évolution des idées médicales le conduirait à traiter aujourd'hui un cas semblable à celui qui fait l'objet de son intéressant mémoire.

Vous me pardonnerez de ne parler ici que de ce qui me paraît rester dans les limites de ma faible compétence.

Tout d'abord, c'est la cystite intense au moment où la collection para-vésicale va s'ouvrir dans le réservoir urinaire, cystite qui s'atténue alors que le pus se mélange facilement aux urines ; *Fausse cystite*, dirait notre collègue de Grandcourt.

Ensuite, et surtout la pneumaturie ; je ne veux point faire l'historique de la question pour ne pas abuser de la bienveillante attention de la Société ; mais, la pneumaturie étant désormais un phénomène assez connu et souvent étudié, il convient peut-être de rappeler que les gaz qui s'échappent par l'urètre — laissant de côté l'air introduit avec la sonde dans le cathétérisme ou avec la seringue dans les lavages vésicaux — ont deux origines :

1° *Le tube digestif*. Il y a alors une large communication entre les voies urinaires et l'intestin; les gaz sortent mélangés aux matières ; ils sont fétides et ont la composition des gaz intestinaux. Les urines s'écoulent en partie par l'anus.

2° *Les voies urinaires elles-mêmes*. Ici plusieurs cas peuvent se présenter :

a. Les urines sont claires, de composition normale ou à peu près ; les gaz sont formés d'un mélange d'oxygène, d'azote et d'acide carbonique. Il semble que ce soient les gaz du sang qui ont pénétré dans l'appareil urinaire sous une influence inconnue.

b. Les urines sont claires, mais contiennent du sucre. La décomposition de celui-ci serait la cause de la mise en liberté tout particulièrement de l'acide carbonique. Ce premier point reste à vérifier.

c. Les urines contiennent du pus. Du moment que ces urines ou même le pus seul stagnent dans un point quelconque du rein, au méat ou dans le voisinage des voies urinaires et en communication avec elles dans le bassinet, dans la vessie, dans la prostate, dans la glande de Méry, comme je vous en rapportais dernièrement un exemple séance du 28 mai 1898), des gaz se produisent avec facilité. A l'analyse, on a constaté la prédominence de l'oxygène, mélangé à l'azote et à l'acide carbonique; ils sortent par le méat avec le pus et à la fin de la miction. D'une façon plus générale encore, que les urines soient claires ou non, la pneumaturie est *intermittente* ; les premiers gaz s'échappent avec les dernières gouttes de liquide en produisant un bruit spécial que mon malade comparait à une éructation ; les derniers s'accompagnent d'une sorte de gargouillement ; ils n'ont enfin aucune odeur.

Si nous prenons un à un les caractères positifs de la pneumaturie du malade de notre confrère — je laisserai de côté intentionnellement ses caractères négatifs — il devient aussi vraisemblable que possible d'admettre que la formation des gaz avait lieu dans la vessie elle-même, par le fait du mélange de l'urine avec le pus. Peut-être également prenaient-ils naissance dans la poche para-vésicale? A coup sûr, rien ne nous autorise, selon moi, à croire qu'ils venaient de l'intestin.

Dans l'interprétation de certains détails, mon opinion diffère donc de celle de notre confrère, M. le Dr Dhomont ; je reconnais néanmoins dans son travail de très sérieuses qualités d'observation. Rédigé avec soin et avec une grande clarté, il démontre chez son auteur un incontestable savoir et un réel sens clinique.

Le Dr Dhomont est encore un praticien estimé. Aussi la commission vous propose-t-elle de lui conférer le titulariat.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Dubuc, à propos de ce rapport, fait remarquer que l'infection vésicale est parfaitement curable surtout chez les jeunes gens.

M. Jullien dit que le coli-bacille jouait là un rôle particulier dans l'infection vésicale. En tous cas, pas un médecin aujourd'hui n'aurait laissé cette appendicite évoluer tranquillement devant les menaces du phlegmon.

M. Polaillon est partisan de l'intervention à condition que la colique appendiculaire soit passée. Mais s'il y a menace d'abcès il faut intervenir, surtout quand il existe une *tumeur appréciable*. Toutefois, en dehors même de toute tuméfaction, si la colique appendiculaire est en quelque sorte *à répétitions*, il faut intervenir au premier accident. M. Polaillon n'est pas partisan de l'intervention d'emblée parce qu'il peut y avoir des accidents ; les cas sont rares, mais il y a parfois éventration, hernie, à travers la fente abdomi-

nale opératoire. Un point important est à noter : ce sont les perforations foudroyantes dans l'appendicite suppurée; c'est là un danger presque toujours fatal malgré les lavages antiseptiques toujours nécessaires pour conjurer les accidents de péritonite généralisée.

M. Jullien demande à M. Polaillon ce qu'il pense de cette opération d'appendicite chez les personnes très âgées.

M. Polaillon dit que l'appendicite se voit plutôt chez les jeunes gens, mais ne respecte pas l'âge.

M. Gillebert-Dhercourt demande ce que devient l'appendice dans ces cas opérables.

M. Polaillon répond qu'en général on néglige l'appendice qui s'atrophie et n'entraîne presque jamais de récidives. En général, on ne le retrouve pas quand on fait la laparotomie.

M. Gillebert-Dhercourt cite brièvement un cas d'appendicite suppurée opérée dans laquelle le Dr Rochard paraît avoir trouvé, au milieu d'un pus nauséabond, l'appendice mortifié et comme ratatiné.

M. Besnier cite un cas d'appendicite folliculaire chez un enfant opérée à froid et qui guérit parfaitement. Il n'y avait eu ni douleur bien vive ni tuméfaction pouvant être une indication à intervenir.

M. le Président, relativement au prix Duparcque, annonce à la Société qu'après avoir consulté les derniers règlements, le Bureau s'est arrêté à la rédaction suivante, dont le secrétaire général donne lecture :

En 1899, le 4e samedi de décembre, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (600 francs), à l'auteur du meilleur mémoire en français, sur la question suivante : **Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme.**

Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1er octobre 1899. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Le règlement a été modifié et définitivement arrêté dans la séance du 27 mai 1893.

M. Christian lit un travail intitulé : **Syphilis cérébrale grave. Guérison** (*sera publié*).

M. H. Morau, à l'appui de l'observation de M. Christian, raconte l'histoire d'une malade qu'il a pu suivre (*sera publié*).

M. Tissier fait ressortir que le traitement a échoué parce que la malade était à la période tertiaire ; de même l'iodure de potassium n'a aucune action sur le chancre initial.

M. de Beauvais, comme confirmation de l'action curative de l'iodure de potassium à hautes doses, cite le cas d'un malade de la Petite Roquette, atteint d'ulcérations syphilitiques, à qui il donna 6 grammes d'iodure par jour.

M. Dubuc est d'avis que, dans la syphilis tertiaire, il faut, en général, pour être complet, donner le traitement mixte. Il a observé un cas de syphilis cérébrale grave, pour lequel il a commencé à donner le calomel à doses fractionnées (1 centigramme par paquet). Sous cette influence, il a vu disparaître certains symptômes inquiétants, tels que coma, convulsions, hémiplégie. Il adjoignit alors l'iodure de potassium et le malade acheva de se guérir à la Maison Dubois. M. Dubuc ne peut s'empêcher de voir, dans la syphilis, une action pathogène de la paralysie générale et du tabès ; il se déclare impressionné par les statistiques.

M. de Beauvais demande à M. Jullien quels sont ses préférences relativement au traitement de la syphilis tertiaire.

M. Jullien répond qu'en cas d'accidents graves, il préfère le calomel en injections intra-musculaires : l'action est très énergique. Si l'on peut attendre, il se borne à l'injection d'huile grise, généralement mieux supportée, mais il faut savoir que l'effet utile de l'huile grise ne se manifeste guère avant la 2e injection. M. Jullien demande à M. Christian quels sont les symptômes de syphilis cérébrale qu'il a remarqués chez son malade.

M. Christan répond que les accidents paralytiques notés et qui ont été guéris par l'iodure lui semblent devoir être attribués à une gomme. On arrive à la même conclusion, même quand les accidents ne sont pas complètement guéris : il suffit qu'ils soient restés stationnaires sous l'influence du traitement mixte ou de l'iodure de potassium.

On procède au dépouillement du scrutin. — M. Antonelli, candidat au titulariat, a obtenu :

Votants.....	20.
Pour l'admission.....	16 voix.
Contre.....	1 —
Bulletins blancs.....	3 —

M. Antonelli ayant réuni les quatre cinquièmes des suffrages, est nommé membre titulaire.

M. Guilland, d'Aix-les-Bains, ayant obtenu 19 voix sur 19 votants, est nommé, à l'unanimité, membre correspondant national de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire annuel : Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Séance du 21 juillet 1898.

Le Dr Apostoli lit une note **sur le traitement galvanique des vomissements et sur sa meilleure technique opératoire** dont voici les conclusions générales et sommaires :

1° La galvanisation des nerfs pneumo-gastriques appliquée suivant les règles précises qui ont été formulées en 1882 et en 1884 par le Dr Apostoli (et qui comprennent le *siège*, la *nature*, la *dose*, la *durée*, le *moment* et le *nombre* des séances) est le plus souvent rapidement souveraine contre les vomissements de la grossesse et la plupart des troubles gastriques de l'hystérie.

2° La meilleure méthode de galvanisation des pneumo-gastriques est celle qui permet d'utiliser le maximum de densité du courant sur le nerf vague soit en plaçant le pôle positif simple ou bifurqué sur ce nerf, soit, de préférence, en plaçant sur chacun d'eux un pôle de nom contraire.

3° La méthode bi-polaire, en utilisant la plus grande somme des lignes de flux du courant galvanique qui circulent d'un pôle à l'autre, est la méthode de choix, supérieure comme rapidité et efficacité à la méthode monopolaire qui, n'ayant qu'un seul pôle actif (soit simple, soit bifurqué) ne peut (toutes choses égales d'ailleurs) utiliser qu'une plus petite densité électrique ou une somme plus faible de lignes de flux du courant.

4° La clinique a confirmé par les seize années de pratique du Dr Apostoli la supériorité de la méthode bi-polaire qu'il préconise et ses avantages incontestables dans la cure symptomatique immédiate des troubles nerveux du pneumo-gastrique (vomissements, gastralgie, nausées).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1898. Présidence de M. P. Berger.

De la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes. — M. Richelot. Je ne puis accepter complètement les conclusions de M. Monod. La colpotomie est une bonne opération quand la collection vient tomber dans le vagin, mais il n'en est plus de même dans lès salpingites suppurées, haut situées surtout, quand elles sont séparées du cul-de-sac par un espace péritonéal vide ou contenant de la sérosité. On peut alors infecter le péritoine. — De plus on arrive difficilement à la porte tubaire et le ligament large, infiltré de pus, empêcherait d'ouvrir la trompe malade.

Il y a souvent récidive, soit par réveil des mêmes foyers, soit par production de foyers nouveaux, enfin on peut laisser non ouvertes des collections inaperçues.

La colpotomie est donc l'opération de choix du phlegmon du ligament large, de l'abcès péritonéal, tombant dans le vagin. Dans tous les autres cas la laparotomie est préférable, on voit mieux ce que l'on fait et cette laparotomie est aussi une opération conservatrice.

Quand la malade est en pleine septicémie, dans le cas d'accidents puerpuéraux récents, l'incision vaginale peut être indiquée, souvent aussi elle n'est qu'une opération d'attente.

M. Hartmann. Je laisse de côté tout ce qui n'est pas suppuration intra-annexielle. Ces collections sont très souvent abordables par le cul-de-sac vaginal, mais parfois la collection est assez haut et cependant on peut encore l'ouvrir. Et dans 23 cas où nous avons ouvert, en suivant la face postérieure de l'utérus, des poches assez élevées, nous n'avons jamais atteint le péritoine. Deux fois les malades avaient déjà été incisées antérieurement. Deux fois il y a eu lieu de faire plus tard une castration totale.

En somme, l'incision est une opération bénigne et si elle ne donne pas toujours des résultats définitifs constants, elle peut toujours être tentée, quitte à prévenir les malades que l'on pourra avoir à revenir pour une opération plus complète.

M. Potherat. — Quand on a incisé une poche purulente ou séreuse, il faut explorer avec soin et dans un certain nombre de cas il sera possible de voir, de sentir, d'ouvrir les poches secondaires. Si l'on ne fait que sentir et non voir la poche secondaire, il faut se défier.

Les ouvertures spontanées par l'utérus, le rectum, la vessie amènent souvent une guérison. N'en peut-il être encore plus souvent de même quand l'incision se fait au bon endroit, par la voie la plus courte, par le cul-de-sac vaginal. Les cas où la poche est unique, aiguë, bien isolée, solitaire, sont justiciables de l'incision simple et je peux donner trois cas bien nets à cet égard.

Mais dans les cas de collections, à parois épaisses bilatérales, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir.

Ostéomyélite de la tête de l'humérus avec décollement épiphysaire. Résection de la diaphyse. Grattage de la moelle. Guérison. — Présentation du malade par M. Kirmisson

Séance du 27 juillet 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Opérations de Phelbs pour un pied bot paralytique. — M. Félizet. Dans la dernière séance, on a fait le procès de cette opération et je ne saurais trop la défendre. — On a fait de grands sacrifices pour un pied bot paralytique ; que fera-t-on donc pour un pied bot congénital? L'opération de Phelbs a comme principe d'inciser le bord interne du pied et de couper tout ce qui se tend. Il suffit de respecter le paquet vasculo-nerveux. L'opération poussée à fond donne de merveilleux résultats. J'ai modifié l'opération en y ajoutant la section du scaphoïde en deux disques, ce qui donne un assouplissement du pied beaucoup plus étendu.

M. Kirmisson. L'opération de M. Félizet consiste à faire une ostéotomie transversale. C'est le même principe que celui qui m'a donné l'idée de faire depuis longtemps une arthrotomie large.

M. Lucas-Championnière. La simplification vraie de l'opération, c'est l'ablation de tout le squelette qui gêne le retour du pied bot à sa forme normale.

Suppurations pelviennes. — M. Tuffier. Dans la thèse de Rodriguez, en 1884, se trouvent relatés 16 cas qui ont pu être suivis.

Le mot de suppurations pelviennes englobe trop de choses, et il faudrait caractériser un peu ce que l'on doit traiter, car il est facile de comprendre que le traitement doit différer suivant la lésion anatomique.

Les malades qui ont profité de la colpotomie postérieure sont celles qui présentaient une grosse collection isolée latérale.

Dans les suppurations à parois épaisses, plus ou moins infiltrées de pus, le bénéfice n'a pas été grand.

Le traitement ultérieur est des plus importants, et si les malades, peuvent se soigner pendant six mois, un an, la guérison pourra être définitive. Sinon, comme chez les malades de l'hôpital, on est presque toujours conduit à une hystérectomie secondaire.

S'il y a des poches isolées, on doit les drainer séparément et très longuement.

La colpotomie postérieure est une opération à conserver. Elle peut donner de très bons résultats et, d'autre part, elle permet, s'il est nécessaire, de faire une laparotomie ou une hystérectomie secondaire.

M. Chaput. J'ai fait 40 fois cette opération et je n'ai pas eu un insuccès, sauf 2 fistules rectales et 2 récidives. C'est donc une opération à conserver et que je continuerai à pratiquer.

M. Monod. Relativement aux faits que je visais, il ne me semble pas que nous soyons si éloignés de nous entendre et je me reporte à mes conclusions. La colpotomie devra être pratiquée dès que la tumeur fait saillie du côté du vagin et peut être atteinte, quitte, s'il y a une récidive, à faire une hystérectomie ou une laparotomie.

Adéno-lymphocèle filarienne. — M. Schwartz. Le cas dont je vais vous entretenir est original par ce fait que l'on a trouvé dans l'adéno-lymphocèle une filaire à l'état adulte, ce qui n'a, je pense, jamais été relaté.

Néphrotomie précoce dans les pyonéphroses. — M. Bazy. Les interventions sur le rein ont d'autant moins de gravité qu'elles sont moins retardées. — Une hâtive est beaucoup moins grave que la tardive. — Dans ce dernier cas le malade est en proie à une infection profonde qui assombrit le pronostic.

Dans deux observations j'ai pu voir le rein quadruplé de volume et dans le bassinet duquel il n'existait pas plus d'une cueillérée à soupe. L'incision en permit l'évacuation et les malades guérirent rapidement.

Corps étranger du rectum. — M. Tuffier présente un verre à boire qu'il a retiré d'un rectum avec des pinces dont les mors avaient été garnis de caoutchouc.

Gastro-entérostomie. — Présentation du malade par M. Schwartz.

Pylorectomie. — Présentation du malade par M. Hartmann.

MEMENTO PRATIQUE

Sur une forme de carie dentaire en surface consécutive à l'emploi d'une poudre dentifrice nuisible.

Par le Dr Gourc.
Médecin-dentiste du dispensaire Furtado-Heine.

Dans un précédent article j'ai dû tenir compte de cette espèce d'érosion ou d'usure des tissus dentaires dues à l'acidité de la salive que j'ai comparées bien volontiers à l'effet produit sur ces organes par un pinceau imbibé d'un acide minéral, acides chlorhydrique, sulfurique, chromique, etc., etc., alors que ce badigeonnage intempestif serait renouvelé de temps à autre.

Il est bien certain que cette action corrosive d'un des acides précités peut être amenée aussi par un moyen mécanique tel que celui que nous avons pu voir employer, sur les places et carrefours encombrés de Paris, par un opérateur qui n'avait du dentiste que ce qu'il voulait bien s'attribuer lui-même dans son boniment; quoi qu'il en soit il prenait une poudre souveraine quelconque, une tige de bois terminée à l'une de ses extrémités par un petit chiffon imbibé d'eau fortement acidulée par l'acide chlorhydrique et s'en servait comme d'une brosse pour blanchir les dents. Non seulement il ignorait l'existence du coton hydrophile mais le même pinceau entrait dans toutes les bouches complaisantes. Je dois avouer que l'effet produit sur les badauds était merveilleux, le tartre et l'émail ne pouvaient résister à ce traitement aussi barbare que révélateur et séduisant... et les gogos acheteurs affluaient; un patient muni de quelques notions chimiques eût été convaincu facilement que la grande acidité que constataient ses papilles linguales ne pouvait être inoffensive.

Ces mêmes phénomènes, quoique moins appréciables parcequ'ils sont plus lents à se produire, peuvent être dus à l'acidité pathologique de la salive quelle que soit la cause de ce trouble : gastrite, diabète, alcoolisme, etc., etc.

Ces désordres, produits par les liquides énumérés plus haut (1), j'ai eu le regret de les constater occasionnés par une poudre dentifrice ainsi qu'il ressort de l'observation suivante :

« Mme F... se présente à notre consultation pour une inflammation des gencives et parce que ses dents sont sensibles au chaud et au froid. A l'examen rapproché et même à distance en constate une rougeur intense spéciale des gencives, mais qui n'a rien de comparable en tant que couleur avec les gingivites d'ordre habituel tartrique, spécifiques...et si l'on regarde de très près en certains endroits, on peut reconnaître une espèce de semis, de piqueté dû à des petites granulations rouges de matière colorante tels qu'on les rencontre, toutes choses égales d'ailleurs, chez les personnes qui font usage de poudre dentifrice à base de charbon.

« Les dents présentent l'aspect rongé décrit plus haut sur la couronne de la dent avec extension vers le cément radiculaire ; l'émail du voisinage du collet, où les désordres sont plus grands, a disparu depuis longtemps. Notre interrogatoire ne laisse pas le moindre doute sur la santé générale : aucune tare organique acquise ou héréditaire pouvant produire ces caries spéciales ; il s'agit donc bien d'une action locale et sur notre demande la cliente nous apporte quelques jours après la poudre dentifrice dont elle se sert depuis une dizaine d'années. »

Cette poudre est livrée au commerce en petites boîtes de carton sur lesquelles sont inscrits des caractères chinois et est désignée sous un nom de même origine ; elle est cependant française et a vu le jour dans le laboratoire d'un parfumeur parisien bien connu ; on comprend que je ne spécifie pas davantage.

Cette poudre très colorée prise entre les doigts donne une sensation dure, rugueuse ; elle est donc insuffisamment pulvérisée et donne la sensation de l'os de sèche ou de pierre ponce à grains grossiers ; les éléments contre lesquels elle lutte doivent être usés assez rapidement. N'ayant pas le temps d'analyser nous-même cette poudre nous prions notre excellent ami Poirée, pharmacien-chimiste, de vouloir bien faire cet essai et voici en quelques mots les résultats obtenus :

Poudre grossière d'aspect hétérogène (mélange mal fait) laissant apercevoir à l'œil nu des fragments rouge foncé et des débris d'apparence cristalline.

Dans le champ du microscope ; *fragments de cristaux*, débris de *matière rouge amorphe* et *grains d'amidon de riz* à contours polyédriques, à hile triangulaire, mis en évidence par l'eau iodée (coloration bleue).

De là la pseudo-origine chinoise de l'*article*, le riz étant d'une consommation journalière et très grande dans ce pays.

L'analyse chimique, dans les détails de manipulation de laquelle je n'entrerai pas, a été faite en traitant un gramme de cette poudre par 300 grammes d'eau d'où l'on a obtenu : 1° une solution rouge ; 2° un dépôt insoluble.

1° La solution par évaporation à siccité donne un résidu de 0 gr. 75 composé de cristaux, de matière colorante et de traces de matière gommeuse.

Ce résidu est *du tartrate de potasse acide* cristallisé en prismes rhomboïdaux obliques, *durs*, *acides* (synonymie : crème de tartre, bitartrate de potasse).

(1) Nous devons rappeler ici que nous avons eu l'occasion de déceler dans une eau dentifrice commerciale des traces appréciables d'acide chlorydrique, mais, quoique en très petite quantité, suffisantes pour nuire beaucoup à l'émail des dents par leur usage répété.

2° Le dépôt est reconnu chimiquement et microscopiquement constitué par de l'*amidon* et de la *cochenille*.

Conclusions : Il résulte donc de ces divers examens que notre poudre est composée pour les trois quarts de tartrate acide de potasse et de cochenille en poudre imparfaite, l'autre quart étant de l'amidon.

Prenons et étudions par ordre chacun de ces produits par rapport à l'hygiène dentaire :

a. Le tartrate acide de potasse par sa pulvérisation défectueuse a, de prime abord, usé l'émail (ceci est d'autant plus visible chez notre sujet que les parties les plus malades sont celles atteintes plus facilement par la brosse : région antérieure), action mécanique doublée d'une action chimique, l'acidité de ce sel et son mordant étant assez élevés.

b. La cochenille en poudre grossière n'a pas assez de dureté pour avoir une action grave sur la dent, mais nous avons parlé plus haut d'un semis de petits grains rouges disséminés dans le corps de la fibro-muqueuse gingivale, d'aspect désagréable absolument comparable au rouge vif labial des actrices ou autres personnes du monde ayant l'habitude du maquillage.

Ce tatouage gingival est donc dû aux grains de cochenille y incrustés.

c. Quant à l'amidon, nous savons que la ptyaline lui fait subir dans la bouche un début de transformation en s'hydratant et dédoublant sa molécule en glucose et lévulose qui, laissant ainsi séjourner de la matière sucrée fermentescible, peut donner naissance aux acides lactique, butyrique, etc., dont j'ai démontré ailleurs, après bien d'autres du reste, l'action nuisible sur les dents.

. . . . . .

On voit donc combien cette poudre dentifrice était funeste dans tous ses éléments de composition et nous devions mettre en garde nos confrères contre ces produits d'origine extra-médicale qui très souvent inactifs au point de vue hygiénique peuvent parfois avoir une action mécanique et chimique violente et dangereuse.

Et combien fréquentes doivent être ces erreurs de nos clients entraînés, le plus souvent, par une réclame bien conduite et soutenue, à se servir de tels produits.

Le premier et le seul que nous ayons eu à examiner n'a donné à l'analyse de chinois que... l'amidon et pas le moindre atome d'un composé antiseptique.

VARIÉTÉS

Le bureau de bienfaisance de Nancy en 1896.

par le Dr Gustve Weil.

La ville de Nancy a adopté la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. On sait que la loi du 15 juillet 1893 fait de l'assistance médicale un service public à la charge des communes, administré par un bureau d'assistance formé des deux commissions : hospices et bureau de bienfaisance. Mais ce nouveau service ne satisfait pas l'administration du bureau de bienfaisance, et il est en instance auprès du ministre pour revenir à son ancien mode d'assistance.

La population de Nancy est en 1895 de 90.748 habitants ; mais si, abstraction faite des militaires, on ne tient compte que de la population civile, elle est seulement d'environ 80.000 habitants. En 1895, il y a 7.914 individus inscrits, soit 8, 15 p. 100 de la population. La commission administrative a mis le plus grand soin à diminuer le nombre des indigents afin de rendre les secours plus effectifs, en radiant surtout l'inconduite et la paresse. Elle a imité en cela Lyon, dont le nombre des individus inscrits au bureau en 1890 pour plus de 400.000 habitants était de 27.325, tandis qu'il n'est plus en 1892 que de 10.793. Ce résultat est obtenu à Lyon et à Nancy par la substitution d'employés salariés qui ont des ordres précis aux distributeurs volontaires qui n'agissent que par dévouement.

Budget. — Le budget du bureau de Nancy pendant l'année 1896 a été de 325.000 francs — dont il faut déduire 125.000 francs, dus à des mouvements de capitaux. — Reste 200.000 francs.

Les recettes et les dépenses s'équilibrent à quelques cents francs près.

Les recettes sont dues à des rentes, obligations, loyers, legs, quêtes et subventions de la Ville de 2 000 francs d'abord, puis actuellement de 6.000, francs qui l'an prochain sera de 10.000 francs. De plus la Ville doit compter au bureau, qui s'en est chargé gratuitement jusqu'à ce jour, des dépenses qu'occasionne l'assistance médicale gratuite obligatoire à domicile, et qui s'élèvent à 29.000 francs.

Les dépenses sont dues à des frais généraux, aux secours en argent et en nature, aux frais médicaux et pharmaceutiques, (23.171 fr.) — enfin à des patronages et à des charges diverses, conséquences de quelques legs.

Les distributions en nature aux indigents ne se font que de décembre à mars. Le bureau fait lui-même son pain. Il y trouve une économie que fait ressortir le prix du kgr. à 0 fr. 191 tandis que le cours moyen était de 0 fr. 318. Le pain distribué s'élève à un total de 25.000 fr. Le bureau songe à établir des bons de supplément de pain, permettant au pauvre d'avoir de tout temps un pain à prix réduit et fixe. Les indigents touchent de la houille pour 17.000 fr., sans compter les 100.000 kgs de coke que l'usine à gaz met gratuitement à la distribution du bureau.

Les soins médicaux aux indigents ont porté sur 3.616 individus, près de la moitié des inscrits, et ont nécessité 21.696 ordonnances pour un prix de 21.155 fr. ; le prix moyen de l'ordonnance a été de 0 fr. 98. Il y a excédent de 2.000 fr. sur l'exercice précédent, c'est-à-dire de 1895 à 1896.

Les honoraires des médecins sont soldés par la Ville.

Il y a 7 médecins titulaires et 8 médecins suppléants. Les honoraires des médecins titulaires sont de 1.200 fr. par an. Ils sont augmentés de 300 fr. au bout de 15 ans de service. A partir de 20 ans d'exercice, on a droit à une retraite proportionnelle et, après 30 ans, à une retraite de la moitié des honoraires de la dernière année. La veuve du médecin a droit à la moitié de la retraite du mari. Les médecins suppléants sont payés par les titulaires quand ils les remplacent. Les visites médicales ainsi que les consultations se font sur la présentation d'une carte d'admission aux soins médicaux.

Les médecins du bureau de bienfaisance de Nancy ont, outre leurs fonctions à l'assistance, un service municipal ; ils sont dénommés « médecins municipaux ». Ce service comprend l'inspection des écoles, l'état civil, les vaccinations, etc.

Le service des accouchements est fait par toutes les

sages-femmes, sous le contrôle et avec l'aide, s'il y a lieu, du médecin de la circonscription. Les filles-mères n'ont pas droit aux secours d'accouchement à domicile ; elles sont transportées d'office à la maison de secours départementale.

Tous les pharmaciens de la ville, sous le contrôle d'une commission pharmaceutique, assurent le service des médicaments.

Enfin, le bureau de Nancy patronne certaines œuvres comme le patronage des apprentis et l'assistance par le travail qui rendent de signalés services à toute la population indigente : ces institutions ne rentrent pas dans le cadre de nos études.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 25 juillet 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris.

Au grade de chevalier. — M. Jolyet, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

— Par décret, en date du 26 juillet 1898, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Lecorre, médecin en chef de première classe du corps de santé des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. Preux, médecin principal des colonies ; Ricard, médecin de première classe des colonies ; Charropin, pharmacien principal des colonies.

Mérite agricole. — Par décret, en date du 10 juillet 1898, ont été nommés dans le Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le Dr Normand-Duffié, propriétaire aux Eglises-d'Argenteuil (Charente-Inférieure) : reconstitution d'un important vignoble. Fondateur du comice agricole de Saint-Jean d'Angély ; vingt-huit ans de pratique agricole. Officier de la Légion d'honneur.

Au grade de chevalier. — M. le Dr Labat, propriétaire à Ozourt (Landes) : vice-président du syndicat agricole de Montfort

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 21 juillet 1898, M. Duron, médecin-major de deuxième classe, est affecté aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juillet 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM les médecins-majors de première classe Comte, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Delamare, pour le 28e d'infanterie ; Mickaniewski, pour le 17e d'artillerie.

Les exercices spéciaux du service de santé en campagne. — Aux termes d'une note ministérielle publiée il y a un mois, les exercices spéciaux du service de santé des 1er, 2e, 6e et 20e corps devaient avoir lieu à Nancy en 1898. Le ministre de la Guerre vient de décider que, contrairement aux instructions données antérieurement, ils seraient effectués au camp de Châlons.

IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose (Paris, du 27 juillet au 2 août 1898).

Mercredi matin, 27 juillet, à 9 heures.

Visite de l'hôpital Boucicaut et en particulier du service de M. Letulle.

Installation de tentes et chaises longues pour le traitement des phtisiques à l'air libre et au repos.

Conférence sur la crymothérapie par M. Ribard et démonstration pratique sur les malades.

SÉANCE D'INAUGURATION

Mercredi 27 juillet après-midi, à 3 heures, à la Faculté de Médecine.

M. le prof. Nocard (Alfort), président. — Allocution.

M. le prof. B. Bang (Copenhague). — La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.

M. A.-J. Martin (Paris). — La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux.

M. L.-H. Petit. — Les résultats du IIIe Congrès de la tuberculose.

M. G. Masson. — Le budget du IIIe Congrès de la tuberculose.

M. Letulle (Paris). — L'état actuel de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris.

M. Armaingaud (Bordeaux). — Compte rendu du fonctionnement de la Ligue contre la tuberculose, de 1893 à 1896.

MM. les prof. Arloing et Paul Courmont (Lyon). — Sur l'agglutination des bacilles de Koch.

M. Ricochon (Champdeniers). — Cas de tuberculose en série dans un village.

M. Dumarest (Lyon). — Un nouveau sanatorium français pour les tuberculeux indigents. L'œuvre lyonnaise du sanatorium d'Hauteville.

Jeudi matin, 28 juillet. Séance à l'hôpital Saint-Louis

M. S. Bang (Copenhague). — Traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés, d'après la méthode du prof. Finsen. Démonstration de la méthode et des appareils.

M. Hallopeau (Paris). — Etude de malades et de moulages, à l'hôpital Saint-Louis, au point de vue des toxi-tuberculides.

Jeudi soir, 28 juillet, à 3 heures.

M. le prof. Maragliano (Gênes). — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie.

M. le prof. J.-O. Hirschfelder (San Francisco). — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'oxytuberculine.

M. de Schweinitz (Washington). — Traitement de la tuberculose avec le sérum anti-toxique.

MM. Arloing, Jules Courmont et Nicolas. — Etude expérimentale sur la tuberculine R.

M. Blache (Paris). — De l'emploi des injections de sérum artificiel chez les enfants tuberculeux au point de vue clinique et thérapeutique.

M. Vaquier, médecin de l'hôpital de Villiers (œuvre d'Ormesson). — La tuberculine T. R. dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants.

MM. Arloing et Nicolas (Lyon). — De l'influence de l'infection streptococcique sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin.

M. Boucheron (Paris). — Sur le traitement des infections surajoutées à la tuberculose pulmonaire, par les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek.

M. Maurice Bloch (Paris). — La méthode des congénères ou la vaccination de la tuberculose par la famille.

M. Bounhiol (Alger). — Mauvais effets de la tuberculine T. R. de Kock dans le traitement des tuberculoses.

M. Lejars et Pilliet (Paris). — Sur un cas de tuberculose musculaire.

M. Leclerc (Lyon). — Sur le traitement de la tuberculose par la tuberculine T. R. de Koch.

MM. Gautrelet, Cérémonie et Léon Petit. — Le sérum prétuberculeux hyperacide.

Vendredi matin, 29 juillet, à 9 heures, à la Faculté.

M. le prof. Landouzy. — Des serums et des toxines dans le traitement de la tuberculose.

M. Berlioz (Grenoble.) — Traitement de la tuberculose par le séro-gaïacol ou sérum normal de bœuf, ou phosphite de gaïacol, et par l'organe sérum.

M. Sirot (Beaune). — Recherches sérothérapiques appliquées au diagnostic précoce de la tuberculose.

M. de Schweinitz. — Résultats obtenus dans l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic, dans le bétail aux Etats-Unis.

M. Calot (Berck). — Sur le traitement non sanglant des arthrites tuberculeuses.

M. Coudray (Paris). — Même sujet.

M. Gagny (Senlis). — La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.

M. Stubbe (Bruxelles). — De la prophylaxie de la tuberculose bovine en Belgique.

M. Magnan (Nice). — Sur la prophylaxie de la tuberculose par le lait. — Sur un service de tuberculinisation des vaches laitières réglementé par un arrêté municipal.

MM. Arloing, Guinard et Dumarest (Lyon). — Etude comparative des effets physiologiques des différents produits retirés des cultures du bacille de Koch.

M. Morot (Troyes). — De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux.

M. Ch. Siegen (Luxembourg). — 1° Sur la stérilisation des viandes. Description des différents appareils en usage ; 2° Sur la présence des bacilles de la tuberculose dans la litière de tourbe.

M. Fauvél (Paris). — De l'action de la paratoxine T (extrait organique des muqueuses pituitaire et pharyngée) sur la fièvre des tuberculeux et sur l'intoxication tuberculeuse en général.

Vendredi soir, 29 juillet, à 3 heures.

M. Claude (Paris). — De l'application des rayons de Rœntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. Béclère (Paris). — Des rayons X, radioscopie et radiographie dans le diagnostic de la tuberculose.

M. le prof. Bergonié (Bordeaux). — Des rayons X dans le traitement de la tuberculose.

M. Pierre Teissier (Paris). — De l'action des rayons X sur la tuberculose expérimentale.

MM. les prof. A. Bodet et Bertin-Sans (Montpellier). — De l'action des rayons X sur la tuberculose expérimentale.

M. A. Espina (Madrid). — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X.

M. Mignon (Paris). — Des rayons X dans le diagnostic de la tuberculose.

M. Coudray (Paris). — Même sujet.

A 5 heures, séance de radioscopie et de skiographie dans l'amphithéâtre de M. le prof. Gariel. — Projections de thorax et de lupus avant et après le traitement par la méthode du prof. Finsen.

Samedi 30 juillet, le matin, à 9 heures, à la Faculté.

M. E. Guiter (Cannes). — De la prophylaxie de la tuberculose et des mesures de préservation contre la contagion bacillaire à Cannes et dans les stations du littoral méditerranéen.

M. Lalesque (Arcachon). — La mise en pratique de la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les villas d'Arcachon, ses procédés, ses résultats.

M. Gustave Weil (Paris). — Prophylaxie de la tuberculose dans les lycées et dans les grands établissements d'instruction publique.

MM. Séailles et Dufournier (Paris). — Prophylaxie et traitement des tuberculeux indigents et nécessiteux par les médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris.

M. Paul Richard (Paris). — Prophylaxie de la tuberculose dans les crèches de la ville de Paris.

M. Gauchas (Paris). — Sur le même sujet.

M. Jousset père (Paris). — Prophylaxie de la tuberculose.

M. Léon Derecq (Paris). — 1° Des convalescences envisagées au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose infantile dans les villes. — 2° Présentation d'une ampoule, modèle déposé 1898. — Procédé clinique permettant de recueillir opportunément les expectorations destinées à l'examen bactériologique.

M. Tison (Paris). — Sur la prophylaxie de la tuberculose.

M. Sedan (Marseille). — Sur la désinfection des locaux et objets à l'usage des tuberculeux.

Samedi après-midi, à 3 heures.

M. Clado (Paris). — Sur un cas de tuberculose génitale.

M. L. Rénon (Paris). — Sur les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus.

M. le prof. Arloing (Lyon). — Quelques documents sur la présence du bacille de Koch en dehors des lésions tuberculeuses apparentes.

M. Paviot (Lyon). — Lupus et épithélioma. Un cas d'hybride tuberculo-épithéliomateux. Histogénèse de la cellule géante.

M. Bernheim (Paris). — Des formes associées de la phtisie pulmonaire.

M. Ozenne (Paris). — De la tuberculose de la clavicule.

M. le prof. Nocard (Alfort). — De l'identité des tuberculoses aviaire et humaine.

M. Dubard (Dijon). — Sur le même sujet.

M. Rappin (Nantes). — Quelques expériences sur la tuberculose aviaire.

M. A. de Jong (Leyde). — La tuberculose et la pseudo-tuberculose vermineuse du mouton et de la chèvre.

M. Siegen (Luxembourg). — Bacilles du règne végétal ressemblant aux bacilles de la tuberculose.

M. Vallée (Alfort). — Sur une nouvelle pseudo tuberculose.

M. Cartier (Paris). — Rapports de la morve et de la tuberculose.

M. Fauvel (Paris). — La prétuberculose pulmonaire, son siège, ses lésions, ses symptômes et son traitement.

Lundi matin, 1er août.

MM. Netter et Beaulavon. — Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoria.

M. Le Gendre (Paris). — De la nécessité de multiplier les petits sanatoria pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

M. Sersiron (La Bourboule). — Sur la situation de nos phtisiques adultes et pauvres.

M. Kouindjy. — Sanatorium populaire pour les tuberculeux en Allemagne.

M. le prof. Schrœtter (Wien). — Sur la question des sanatoria.

M. Huchard (Paris). — Sur les sanatoria.

M. Dumont (Saint-Vaury). — Le Sahara algérien, lieu de sanatoria d'hiver.

M. Verhaeren (Alger). — Sur le sanatorium d'Alger Birmandreis.

M. Léon Petit (Paris). — L'assistance aux tuberculeux.

M. Bernheim (Paris). — Sanatoria pour tuberculeux pauvres.

M. de Backer (Paris). — Sur les sanatoria par pavillons séparés.

Lundi soir, 1er août.

M. le prof. Thomassen (d'Utrecht). — Résultats d'une série d'expériences tendant à prouver la virulence de la substance musculaire d'animaux atteints de tuberculose généralisée, administrée par voie digestive à des poulets, dont quelques-unes avec résultat positif. — Sur la virulence des résidus de lait traité par le centrifuge, constatée sur des veaux.

M. Kuss (Paris). — Sur la tuberculose héréditaire.

M. Middendorp (Groningue). — Sur l'étiologie de la tuberculose d'après la doctrine de Koch.

M. Chiaïs (Menton). — Nutrition et contagion. Diagnostic du mode nutritif qui rend l'organisme réfractaire à la contagion de la tuberculose.

M. le prof. Thiron (Iassy). — Sur l'alcoolisme, comme une des causes prédisposantes, par hérédité ou acquise individuellement, de la tuberculose.

M. Sirot (Beaune). — Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

M. Baratier (Joigny). — De la tuberculose au village.

M. S.-H. Petit. — Comment la tuberculose naît et se propage dans un village.

M. Ransome (Bournemouth). — Sur les conditions de l'infection par la tuberculose.

M. Dubousquet-Laborderie (Saint-Ouen). — 1° Contagion maisonnière de la tuberculose ; 2° contagion de la tuberculose de l'homme aux animaux et des animaux entre eux.

M. Pierre. — La tuberculose pulmonaire à Berck.

M. Mignon (Paris). La tuberculose pulmonaire à l'asile de convalescence de Vincennes.

M. Ricochon. — Sur l'influence réciproque des tuberculoses civiles et militaires.

Mardi après midi, 2 août.

MM. Le Noir et H. Claude. — Tension artérielle dans la tuberculose.

M. Bergeron (Paris). — Sur l'emploi de l'air ozonisé chargé de vapeurs médicamenteuses dans le traitement de la tuberculose au début.

M. Lalesque (Arcachon). — La cure marine.

M. Gallot (Monton). — Sur l'emploi de l'iodoforme en injections sous-cutanées dans les hémoptisies du début de la tuberculose.

M. A.-M. Bloch (Vincennes). — Examen pneumographique des tuberculeux traités par l'immobilisation du côté malade du thorax.

M. Pénières (Toulouse). — 1° Des résultats obtenus par nous dans le traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections d'euphorbe, et plus particulièment de la cure des tuberculoses ganglionnaires et génitales ; 2° de l'euphorbe dans le traitement de la phtisie pulmonaire ; mode d'emploi et technique opératoire.

M. Raimondi (Paris). Contribution à l'étude des injections gazeuses intestinales, comme traitement de la tuberculose pulmonaire.

MM. Hélouis et Delarue. — Sur la vanadine.

A 5 heures, séance de clôture.

Le samedi 30 juillet et mardi 2 août, à 9 heures.

M. le prof Bouchard se tiendra à la disposition des membres du Congrès, pour faire dans son laboratoire, à l'hôpital de la Charité, l'examen radioscopique des malades atteints d'affections de la poitrine.

Dimanche matin, 31 juillet, à 9 h. 1/2.

Réunion à l'hôpital Tenon. — Séance de radioscopie dans le laboratoire de M. Béclère.

Dimanche après-midi.

Excursion à Villiers-sur Marne et à Ormesson. Départ de la gare de l'Est, à 1 h. 1/2.

Banquet chez Marguery, lundi 1er août, à 7 h. 1/2.

Ecole du service de santé militaire. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire.

MM. Alaux, Alayrac, Alexandre, André, Appel, Azémar.

Baffet, Bailly, Barailhe, Barthélemy, Bastide, Baur, Baurrier, Beau, Beaussenat, Belgodère, Béraud, Bertrand, Béthoux, Bidache, Bonnet, Bordereau, Bouclier, Boudey, Bresselle, Bridier, Bru, Brun, Bumat.

Campana, Camus, Canuet, Capdevielle, Cardot, Carpentier, Castéret, Cellerier, Cenet, Charbonneau, Chrétien, Clarion, Colineau, Cormier, Coste, Couilliaud-Maisonneuve, Couturier, Cristiani, Cristol.

Danillon, Dautheville, Delestan, Deleuze, Delmas, Desdouits, Devy, Doche, Dodier, Douvier, Dreyfuss, Driaucourt, Duhamel, Dumoulin, Durand, Duvau.

Ebstein, Egmann, Enjalbert, Epaulard.

Fauquet, Firpi, Fischer, Flach, Fontan.

Galimard, Gailleur, Gaïsset, Garcin, Garnier, Gayraud, Geniaux, Gèzes, Girard, Gobinot, Godeau, Grenié, Grenier, Guénot, Guillon (J.-L.-S.-H.), Guillon (M.-R.-L.).

Hahn, Haméon, Henriot, Henry, Herr, Heuls.

Isaac.

Joubert, Jousselin, Jouve, Jude, Julien-Laferrière.

Kermabon (de).

Lafourcade, Lannaux, Lecalve, Lecomte, Levet, Limasset, Linx-Labarrère, Long, Louis (E.-H.), Louis (J.-F.-M.).

Macaire, Mandoul, Martin, Matheron, Mathis, Metzger, Millet, Miorcec, Mourrut.

Noirot.

Orticoni.

Péchiné, Pélissier, Perrin, Picaud, Pinchon, Poirier, Potet, Pourpre, Poutet.

Queyrot, Quilliet.

Rambaud, Raoul, Rebierre, Rehm, Rit, Rocher, Rondot, Roualet, Rouyer.

Saint-Vincent de Parms (de), Salzes, Saulnerie, Saussié, Schwœbel, Séran, Sibille, Sicre, Soule, Stitelet, Stumpf.

Tessier, Testart, Trautmann, Trifaud.

Valette, Vallat, Van-Merris, Varenne, Veillon, Vermullen, Vigne, Vincent.

Winterer.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

La solde des médecins militaires en Allemagne (budget de 1898-1899). — Une augmentation sensible de solde vient d'être accordée aux médecins militaires allemands. Les deux tableaux suivants permettent de s'en rendre compte.

Solde des médecins militaires en 1897-1898 :

Méd. princ. de 1re cl. : 17 ; 8 touchent 9.750 fr. ; 9 touchent 8.250 fr.

Méd. princ. de 2e cl. : 33 ; 6.750 fr.

Méd. maj. de 1re cl. : 312 ; 40 touchent 6.750 fr. ; 116 touchent 6.000 fr. ; 156 touchent 4.500 fr.

Méd. maj. de 2e cl. : 444 ; 2.700 fr.

Méd. aides-maj. : 819 ; 331 touchent 1.350 fr. ; 488 touchent 1.125 fr.

Solde à partir du 1er avril 1898 :

Méd. princ. de 1re cl. : 17 ; 9 touchent 9.750 fr. ; 8 touchent 9.000 fr.

Méd. princ. de 2e cl. : 33 ; 7.500 fr.

Méd. maj. de 1re cl. : 316 ; 70 touchent 7.312 fr. ; 129 touchent 6.750 ; 117 touchent 4.875 fr.

Méd. maj. de 2e cl. : 443 ; 56 touchent 4.875 fr. ; 387 touchent 3.375 fr.

Méd. aides-maj. de 1re cl. : 331 ; 1.875 fr.

Méd. aides-maj. de 2e cl. : 488 ; 1.125 fr.

En France les soldes affectées aux mêmes grades sont les suivantes :

Méd. pr. de 1re cl. : 8.156 fr. ; Méd. pr. de 2e cl. : 6.588 fr. ; Méd. maj. de 1re cl. : 5.508 fr. ; Méd. maj. de 2e cl. : reçoit après 13 ans de grade, 4.140 fr. ; après 10 ans, 3.780 fr. ; après 6 ans, 3.420 fr. ; avant 6 ans, 3.060 fr. Méd. aides-maj. de 1re cl. : 1re moitié, 2.700 fr. ; 2e moitié, 2.520 fr. Méd. aides-maj. de 2e cl. : 2.340 fr.

En somme, sauf pour les aides-majors, les soldes des officiers du corps de santé allemands sont notablement supérieures à celles des mêmes officiers en France.

Ces améliorations réalisées dans la solde des médecins militaires allemands sont dictées par les difficultés qu'éprouve l'Etat à recruter ses médecins. Le rapporteur du budget fait remarquer que les incomplets dans le corps de santé ne font qu'augmenter depuis 1870. Ils étaient de 330 en 1875, soit 47 p. 100 ; au 31 mars 1897 ils s'élevaient à 561, soit de 63 p. 100 et au 1er octobre de la même année ils étaient de 67 p. 100. (*Méd. mod.*)

Centenaire de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux célébrera son centenaire dans le courant du mois d'octobre prochain.

Voici d'après le Dr Sous, son érudit secrétaire général, l'historique de la fondation de cette société.

« En 1762, un chirurgien très érudit, Raymond Lafourcade, comprend la nécessité des réunions scientifiques pour entretenir l'émulation et fonde à Bordeaux la première Société médicale sous le nom de Société académique de Chirurgie.

« Cette Société, dont les travaux ont été la proie des flammes, était entretenue par les chirurgiens et disparut avec le décret qui supprimait les corporations.

« Après la Terreur, un grand nombre de chirurgiens conservant le souvenir de la Société académique voulurent créer de nouvelles sociétés médicales.

« En 1796, deux société voient le jour, la Société Philanthropique et la Société Clinique.

« Les étudiants eux-mêmes se réunissent et fondent la Société médicale d'émulation.

« La Société Clinique siégeait à la Bibliothèque Nationale et la Société Philanthropique aux Dominicains. Celle-ci, obligée de céder à l'administration militaire le local qu'elle occupait, demanda la salle de la bibliothèque pour y tenir ses séances.

« En présence de cette demande, l'administration centrale du département, considérant que les deux sociétés seraient plus utiles si elles étaient réunies en une seule, les supprima toutes deux et arrêta le 6 juin 1798 qu'il serait établi à Bordeaux une seule et unique société de médecine.

« Telle est l'origine légale de son existence. »

La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, fondée en 1798, a aujourd'hui cent ans d'existence et elle occupe parmi les nombreuses sociétés scientifique de notre ville un rang très honorable.

Journaux de médecine. — La *Revue médicale* augmente son format et le prix de son abonnement.

La *Médecine moderne* annonce que, pendant la période des vacances, elle ne paraîtra qu'une fois par semaine.

Nécrologie. — Le Dr Sicaud de Talence (Gironde), reçu en 1880. — M. Henry Galante, créateur de la maison d'instruments de chirurgie de la rue de l'Ecole-de-Médecine, décédé à Versailles le 23 juillet à l'âge de 81 ans. — Le Dr O. du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène de France, médecin des musées nationaux et membre de la commission des logements insalubres, décédé le 26 juillet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine et Médecins (Un coin de la crise ouvrière au XIXe siècle). — Sous ce titre, la librairie de la Revue Socialiste, 78, passage Choiseul, Paris, vient d'éditer une brochure du Dr A. Tripier sur la dépréciation économique graduelle de la profession médicale, où l'auteur émet des vues tout à fait originales sur les conditions de la transformation sociale dans laquelle elle est engagée.

La décadence reconnaîtrait, d'après lui, des causes déjà lointaines, bien plus générales, bien plus dans la « force des choses », que les conditions accidentelles auxquelles on l'attribue. Quant aux remèdes proposés, presque tous dans un esprit autoritaire, l'auteur les tient pour simplement dangereux, et ne voit à les remplacer que par un régime tout à fait libéral, sur lequel il s'explique d'ailleurs largement.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*